Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 504 de 2016

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA DOCTOR ROBERTO MARKARIAN

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DOCTOR FERNANDO TOMASINA

DIRECTORA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DOCTORA RAQUEL BALLESTÉ

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 3 de mayo de 2016

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Nibia Reisch.
MIEMBROS:	Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.
INVITADOS:	Rector de la Universidad de la República, doctor Roberto Markarian; Decano de la Facultad de Medicina, doctor Fernando Tomasina; Directora del Hospital de Clínicas, doctora Raquel Ballesté e ingeniero Federico Kreimerman.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Es un placer contar con la presencia del doctor Roberto Markarian, rector de la Universidad de la República; del doctor Roberto Tomasina, decano de la Facultad de Medicina; de la doctora Raquel Ballesté, directora del Hospital de Clínicas; y del ingeniero Federico Kreimerman, por el orden de egresados. Han venido a ilustrarnos sobre el proyecto institucional del nuevo Hospital de Clínicas.

SEÑOR MARKARIAN (Roberto).- Les agradecemos mucho por habernos recibido.

El proceso de elaboración de esta reconstitución del Hospital de Clínicas ha llevado un largo tiempo. A fines de marzo el Consejo Central aprobó el formato de lo que vamos a exponer. Ya se lo hemos expuesto al presidente de la República, y a los ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública, en la tarde de ayer. Nos parece muy oportuno que los poderes del Estado, particularmente, el Poder Legislativo, a través de las comisiones de salud de ambas cámaras, conozca en detalle la propuesta que estamos llevando adelante.

He vivido el proceso de discusión -hablo como rector; llevo un año y medio en el cargo- de las formas organizativas de vínculos de la institución con el sistema nacional de salud y de la mejora de la planta física y organizativa del Hospital, casi desde que asumí el cargo de rector. Hemos contado con el apoyo entusiasta de la Facultad de Medicina y del Hospital de Clínicas, cuyas autoridades principales están aquí presentes. Ese proceso pasa por tres etapas, y una de ellas es la modificación de las formas de dirección del Hospital. La Universidad es, en primer lugar, una institución de enseñanza. Por lo tanto, las estructuras básicas son las facultades y otros institutos que desarrollan esa función. Obviamente, el Hospital -es un orgullo que esté dentro de la Universidad- es diferente; no es una facultad como la de ingeniería. Allí es un lugar en el que se asiste gente y, por lo tanto, la forma de dirección debe ser distinta. Ese tema lo hemos discutido desde octubre de 2014 hasta octubre de 2015, cuando se aprobó la nueva ordenanza del Hospital y asumió su dirección de forma interina la doctora Ballesté, junto a un amplio equipo que cumple todas las funciones de un gran hospital como ese.

El Hospital de Clínicas es el hospital público más grande del país. Eso ha sido reconocido en muchos documentos. Inclusive, una asesoría recientemente contratada por el Poder Ejecutivo -con la que discrepamos en sus resultados-, dice esto con mucha claridad. El Hospital debe ser el mejor de la salud pública del Uruguay. Nosotros queremos que este proceso vaya en ese sentido. Hemos contado con el apoyo del Poder Ejecutivo, que ha dicho que está dispuesto a financiar las obras del Hospital, fuera del presupuesto universitario; esa afirmación categórica nos fue ratificada ayer. Recientemente hemos resuelto que debemos ver cómo concebimos la planta física y organizativa del Hospital y qué modificaciones entendemos que hay que hacer a lo que tenemos ahora.

La dirección del Hospital debe ejecutar de la mejor manera posible las acciones que se deben llevar a cabo allí. Existe necesidad de aumentar las vinculaciones con el Sistema Nacional Integrado de Salud; eso está en trámite y ayer fue planteado indirectamente con el ministro de Salud Pública. También está pendiente la necesidad de mejorar la planta física del Hospital.

Tuvimos una etapa de discusión cuya primera culminación se produjo en el mes de diciembre de 2015. Entonces, la institución resolvió tener una propuesta lo más clara posible en cuanto a cómo concebimos el trabajo y la planta física del Hospital. Fue una resolución complicada porque se trata de la realización de una gran obra y todos los cálculos indican que se necesitan entre US$ 100.000.000 y US$ 120.000.000 para llevarla a cabo. En marzo del año pasado -en cuanto asumió el nuevo gobierno- algunas empresas uruguayas presentaron los primeros montos; nosotros ahora afinamos los números y llegamos a US$ 120.000.000. Esta reciente elaboración se basó no solo en la preocupación que los arquitectos y la dirección del Hospital tenían respecto a lo que queríamos hacer, sino que también se consultó a los cuerpos técnicos de la institución. Hay que tener presente que se trata de un cuerpo muy grande ya que abarca más de la mitad de las cátedras clínicas de la Facultad de Medicina y también un número muy grande de personal de enfermería y otro tipo relacionado con el Hospital. Se hicieron esas consultas, lo que permitió rehacer la concepción del Hospital como tal, con una distribución de espacios muy clara.

Si se pudieran proyectar las transparencias que hemos traído, podrían verlo. De todos modos, voy a brindar información; como no soy de la rama de la medicina quizá pueda hacer una descripción más popular.

El Hospital -como hacemos todos- hay que mirarlo desde avenida Italia. Se trata de un edificio simétrico, con un eje central, donde se ubica el cuerpo de ascensores y otras cosas más. Detrás hay una cantidad de anfiteatros que fueron concebidos en el proyecto original. A los dos lados hay un cuerpo largo, paralelo a avenida Italia, con peines de salida hacia esa avenida. Todo el mundo cree que allí están las salas de internación, pero hay muchas cosas más.

La concepción que estamos haciendo del Hospital divide esa inmensa planta -de más de cien mil metros cuadrados- en cinco partes. En una de ellas, que está ubicada a la derecha -si uno mira de frente, hacia el Estadio Centenario-, las seis primeras plantas van a estar ocupadas por la parte más sutil: la emergencia, salas de operaciones, CTI, y se mantiene un medio piso entero para cuestiones cardiológicas. Eso se hizo a nuevo -

y está perfecto- con dinero donado por el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela hace unos años. También va a quedar allí -no es necesario tocarlo; está bien instalado- una parte de imagenología. Hay un montón de aparatos sofisticados. Algunos los inauguré yo; han sido recientemente implantados. Como esto está al lado del Cudim, es muy fácil relacionarlo con los aparatos que tienen en ese centro.

A la izquierda van a estar las policlínicas. Serán usadas de manera mucho más eficiente que en la actualidad. Se va a buscar que los aparatos que estén allí puedan ser utilizados en la mañana y en la tarde.

Ahora podremos ver en las transparencias que se están proyectando lo que les he venido detallando. Lo que he mencionado anteriormente aparece de color rosado en la imagen que estamos viendo. Ahora me estoy refiriendo a lo que está a la izquierda y aparece de color celeste. Arriba de eso -en la pantalla aparece en blanco- está el Instituto Nacional de Transplantes que tampoco hay que tocarlo porque fue hecho a nuevo y funciona perfectamente. Abajo de todo están los servicios de apoyo de todo el Hospital para permitir un rápido ingreso.

Al sector de arriba -que aparece en verde-, que es el de internación -en la jerga técnica se lo llama de cuidados moderados-, pensamos dedicarle tres pisos y medio: el 6º, 7º, 8º y la mitad del 9º. Con eso se cubre la cantidad de camas que hoy tiene el Hospital. Está pensado como un hospital moderno con salas para una o dos personas y baños en cada una de ellas. Eso nos permitiría tener más de doscientas camas. Quiero destacar -porque se discutió mucho sobre eso- que no está ubicado en alturas infinitas, sino que se encuentra entre el 6º y 9º piso.

Inmediatamente arriba de ese sector -en la imagen aparece en color anaranjado- se ubican la dirección y la administración -que actualmente están en planta baja- que pasarán al 10º piso. Hemos subido los sectores que no necesitan un rápido ingreso. Más arriba estarán la parte de investigación, enseñanza, los aularios que se necesitan para la enseñanza de la medicina y otras ramas de la salud humana.

El Cenaque, que atiende a las personas quemadas -aparece más arriba, en verde- es una parte pequeña en relación con el inmenso todo que es el Hospital y ocupa dos medios pisos. Hay una parte de nefrología que también va a quedar allí arriba. Del piso 15 al 20 quedará libre. Esto es una novedad si tenemos en cuenta cómo se concebía el Hospital.Lo que está en blanco arriba del todo no será más parte del hospital universitario; será usado con fines universitarios obviamente porque estamos alquilando cantidad de locales y necesitamos aulas para otras áreas de la salud. Es más, en el ejercicio de la actual dirección del hospital estamos trabajando para que parte de estos pisos que están libres se utilice para que lo que está abajo ya esté construido.

El plano siguiente da idea de las circulaciones. Eso pasó a ser un tema muy importante porque la mayoría de las críticas -valederas- eran sobre la circulación vertical en el medio del hospital casi para todo el edificio, aunque hay ascensores a los costados que son menos usados. Por ello modificamos ese esquema de modo que en la parte que aparece en rosado a la derecha -debido a que la emergencia tiene que vincularse con la cirugía, con el CTI y con la parte verde de internación- habrá dos ascensores de circulación restringida; algunos solo en la parte rosada y otros de la rosada para la verde, de manera que la circulación vertical se facilite y no congestione la gran circulación vertical que hay en el eje central del edificio.

En el plano anterior, visto de arriba, se ven las diversas entradas que tendrá el Hospital: la emergencia estará al frente a la izquierda en una patita que sale para afuera; la circulación del público general seguirá en el medio y los estudiantes se moverán en un ascensor independiente en sentido vertical para ir directamente a los pisos de enseñanza que estarán arriba del piso once. También estarán las entradas de logística de alimentos y demás que irán derecho a la cocina que está en la pata que sube.

Realmente es una reelaboración; lo único que quedaría del Hospital actual es el plano y la vista de frente. Creo que el personal de la Facultad de Medicina y del Hospital han alcanzado un gran logro porque en los tres meses del verano -más allá de los trabajos que se hicieron anteriormente- realizaron la redistribución de los sectores. Yo constituí una comisión de trabajo formada por tres arquitectas y la directora del Hospital y ese equipo trabajó enero, febrero y marzo y el 28 de marzo el Consejo Central aprobó lo que estoy exponiendo ahora. Es decir que esta es la opinión oficial de la institución respecto de lo que queremos hacer.

A continuación tenemos un esquema cronológico de las etapas de las obras. Nosotros quisiéramos que los trabajos empezaran a mediados del año próximo y que la obra completa terminara en el año 2023. Sin duda,

se trata de una gran obra.

En caso de que la financiación empezara a discutirse rápidamente -como queremos-, la construcción de tres medios pisos de internación que están en verde a la derecha y la parte rosada -la más crítica- se terminaría a fines de 2019. En las imágenes se indican las etapas, las licitaciones y demás. Nuestra aspiración es que el cuerpo central del Hospital, media parte de internación y la parte crítica, estén prontos en plazos próximos.

Quiero referirme a los pasos que estamos dando. Tengo aquí un plano de cómo sería un piso de internación con sus salas y baños. Lo que figura en rojo son ascensores nuevos y en gris están los que ya existen. Obviamente, semejante obra no comienza sobre cualquier esquema pero estamos seguros de que de resolverse los problemas de financiación en mayo o junio estaremos con condiciones de cumplir con los planes cronológicos.

En la institución hay un gran entusiasmo por la iniciativa, particularmente a nivel del personal relacionado con la salud. No solo para el Uruguay sino a cualquier escala, la velocidad con que se hizo el proyecto sorprende; inclusive, me sorprende a mí, que soy la autoridad detrás del asunto. Ello demuestra que el entusiasmo existe, así como la disposición del Poder Ejecutivo. Ocurre que hay que obtener esos US$ 120.000.000 en tiempos de enlentecimiento del crecimiento del país. Hemos constituido una comisión que se llama Comité del Clínicas, que integramos nosotros cuatro y una persona del orden estudiantil y otra del orden docente, para discutir formas alternativas de financiación. En diciembre del año pasado el Consejo Central resolvió que no había consenso para seguir la vía de la participación público privada y resolvimos discutir con más detalle formas alternativas que fueran aceptadas por el Poder Ejecutivo pese a la idea de no gastar dinero a partir de hoy. Tenemos propuestas que seguramente se van a aprobar el próximo jueves y se plantearán al Poder Ejecutivo la semana próxima. También tenemos un equipo técnico no solo de arquitectos sino de expertos financieros trabajando en esto.

El lunes pasado la Corporación Nacional para el Desarrollo brindó un curso sobre financiación de grandes obras públicas del que participaron todos los presentes excepto yo, que fue muy útil para visualizar otras formas de financiación.

El Presidente de la República mostró gran entusiasmo por este esquema y formuló apreciaciones; por ejemplo, no le gustó mucho que el Centro Nacional de Quemados quedara en el Hospital, algo que yo no entendía; ello demuestra su interés por esta problemática que le estábamos planteando. Y como símbolo de lo que aceptó el cuerpo médico “duro” del Hospital, puedo señalar que la clínica del doctor Cohen, que es de las mejores del Hospital y está en el cuarto piso a la derecha ahora y pasará a estar en el tercer piso a la izquierda, muestra buena disposición para facilitar que del lado derecho esté toda la parte crítica.

Las discusiones sobre financiamiento son importantes. Estamos convencidos de que la aceptación de una propuesta como esta, que cuenta con la opinión unánime del Consejo Central y de toda la Universidad -más allá de las votaciones en la Comisión Directiva del Hospital, en el Consejo de la Facultad de Medicina y en el Consejo Central-, nos facilita la discusión de las formas de financiación. Por lo tanto, si el esquema de trabajo es el que estamos exponiendo, seguramente la institución va a discutir con libertad formas de financiación que sean aceptables.

La afirmación del presidente de la República y del ministro de Economía y Finanzas en cuanto a que ellos quieren que esto se haga, es categórica. No tengo ninguna duda al respecto. Tanto es así que aunque tuvimos que decir que todavía no definimos un camino para la financiación, quedó establecido que se realizará una nueva reunión con ese grupo tan representativo de la nación como son el presidente de la República, el ministro de Economía y Finanzas y el ministro de Salud Pública para discutir en detalle qué obras hay que realizar, dado que hay otras alternativas que conocemos.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Quiero agradecer la presencia de estas figuras del ámbito académico universitario.

Hace muchos años que se está trabajando en este proyecto para el Hospital de Clínicas. Obviamente, para dar una opinión habría que estudiarlo con mayor profundidad pero, básicamente, sabemos que requiere todo lo que un hospital moderno debe tener, y parece que eso está. Asimismo, nos da tranquilidad la opinión del presidente de la República, el ministro de Economía y Finanzas y el ministro de Salud Pública en cuanto a

que la obra se llevará adelante. Veremos cuál es el mecanismo de financiación y para eso el rector planteó que hay una comisión trabajando en el tema. Quiere decir que en la parte de estructura, no habría mayor problema.

Ahora bien, permítanme preguntar cuál va a ser el rol del hospital universitario, cómo lo vamos a insertar en el Sistema Nacional Integrado de Salud porque estamos hablando de una inversión muy importante de dinero. Nosotros personalmente consideramos que el Hospital de Clínicas es un centro que debe existir; en la cabeza de nadie se plantearía -por lo menos para quienes somos médicos y pasamos por ahí mucho años de nuestras vidas- que no estuviera el Hospital de Clínicas. No entraría en la cabeza de ningún médico. De todas formas, me gustaría saber cuál es la opinión al respecto, fundamentalmente del decano de la facultad y cómo lo vamos a insertar en el Sistema Nacional Integrado de Salud porque sabemos que para integrarlo al sistema hay que ser un prestador integral y, hoy por hoy, el Hospital de Clínicas no es un prestador integral porque, de lo contrario, sería muy fácil y ya estaría dentro del sistema.

Entonces, quiero saber de qué manera ustedes conciben -además de toda la parte edilicia que está fantástica- insertar al Hospital de Clínicas en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR TOMASINA (Fernando).- Nosotros concebimos al hospital no como un prestador integral; hay una definición de hace varios años en función de la cual la Universidad entendió que el Hospital no podía ser un prestador integral como tal. Tiene un socio natural que ha avanzado en la articulación, que es la Administración de Servicios de Salud del Estado para lo que es segundo y tercer nivel de atención. Este proyecto edilicio tiene una sintonía con el trabajo que se fue desarrollando por parte de un grupo dentro de la Universidad y, en particular, dentro de la Facultad de Medicina, que se llamó Grupo de Líneas Estratégicas, que definió algunos criterios del Hospital. Este es uno. Trató de conciliar un aspecto central. El hospital tiene un segundo y un tercer nivel de atención pero también centros de referencia nacional de alta tecnología, que deben estar en sintonía con la rectoría que, en este sentido, es central a los efectos de lograr optimizar al extremo los recursos que tiene el país para la salud.

Entonces, el Hospital está pensado para el segundo y tercer nivel pero también con centros de alta complejidad; el segundo y tercer nivel de atención, articulado y coordinado con la Administración de Servicios de Salud del Estado y ahí necesitamos trabajar y avanzar.

En los últimos años, la Red Integrada de Efectores Públicos fue un paso muy importante de articulación para entender qué cosas íbamos a desarrollar en el Hospital de Clínicas y qué cosas no íbamos a desarrollar allí. Obviamente que desde la Facultad de Medicina íbamos a tener lugares, dentro de la red en su conjunto, y plataformas docentes para formar esos recursos en otros lugares que no fueran el Hospital de Clínicas. No sé si soy claro. En ese sentido, el hospital ha ido trabajando. Debemos avanzar en esta coordinación. En este aspecto tenemos la necesidad de articular mucho más. Hay aspectos de georreferencia, de población de referencia de segundo y tercer nivel; también hay necesidad de mejorar la coordinación en cuanto a los servicios. Hemos hablado con la doctora Ballesté en cuanto a que debemos dar continuidad al usuario que no es de la Universidad sino que es de ASSE. Entonces, ahí hay algunos aspectos que debemos mejorar, por ejemplo, aquellos vinculados con la medicación que forma parte de la prestación asistencial. En este sentido, necesitamos avanzar. Por ejemplo, se requieren de determinados procedimientos que el Hospital no los tiene con ciertas características como puede ser en aspectos traumatológicos. También puede suceder que como el Hospital dispone de un número de camas en el CTI que le permiten garantizar determinada asistencia pero por encima de esa cantidad no tiene capacidad como para contratar. En general la Administración de Servicios de Salud del Estado tiene las camas y contrata a un tercero pero el Hospital no tiene posibilidad de contratar y el usuario no es del Hospital sino de ASSE. Esto que parece simple, nos genera mucha distorsión en el funcionamiento. Nosotros visualizamos un Hospital de segundo y tercer nivel con centro estratégico de alta tecnología, acordado con la rectoría, con el Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud que, en definitiva, garantiza la distribución acorde y con el socio natural, en este caso, ASSE.

SEÑOR PRESIDENTA.- Como a la hora 15 estamos citados para la sesión solemne, solicitamos a los presentes que tengan a bien esperar un momento para pedir autorización y seguir con esta reunión.

Se va a votar si se pasa a intermedio.

(Se vota)

——Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Se pasa a intermedio)

(Es la hora 14 y 56)

——Continúa la sesión.

SEÑORA BALLESTÉ (Raquel).- Nos parece muy importante señalar que en la propuesta de la planta física también planteamos un cambio funcional del Hospital, no solo en su estructura. Con esto buscamos que se realicen cambios que ya estamos tratando de implementar. Planteamos una propuesta de planta física que automáticamente pueda ir generando esos cambios.

Por ejemplo, queremos cambiar la fragmentación que tenemos dentro de Hospital Universitario, con la constitución de diferentes clínicas que hace que cada uno de esos sectores tenga sus espacios, sus camas, sus asignaciones. Hemos convivido con ello durante años y eso es algo de lo que deseamos cambiar ahora. Queremos utilizar la herramienta de planta física, optimizar el espacio físico, compactar, pero acompañando esos cambios que creemos que son fundamentales. Con esto tienen que mezclarse los servicios y optimizarse los recursos, y esta propuesta también apunta a la optimización de los recursos. Planteamos esto porque en la actualidad, en el Hospital los corredores y los espacios son muy grandes, y ello conspira en el momento de la designación de los recursos humanos a cada uno de los usuarios que tenemos que asistir.

Cuando planteamos hacer un gran policlínico, queremos que sea polivalente y nos permita utilizar ese mismo espacio físico para todos los usuarios y todos los integrantes del Hospital. Queremos que funcione mayor cantidad de horas en el día y sea polivalente.

Cuando hablamos de crear un área de investigación en planta física, queremos generar plataformas de investigación únicas, a disposición de todo el Hospital y no sectorizadas, que muchas veces se repiten. Esto es lo que queremos impulsar con esta propuesta de planta física. También se plantea una zonificación muy importante que permita reorganizar a cada uno de los servicios.

También queremos insistir en la integración del Hospital en el Sistema. Hasta hoy no hemos sido integrados, si bien hemos coordinado con ASSE, ya que es nuestro principal efector y los pacientes son sus usuarios. Queremos destacar algunos aspectos que nos parecen fundamentales para que esa integración se logre en un futuro no muy lejano. El Hospital tiene un rol importante en el sistema de salud. Teniendo en cuenta los cuatro hospitales del área de Montevideo, podemos ver que es uno de los que tiene más producción asistencial. Eso lo hemos demostrado a través de números muy claros que surgen de un convenio con ASSE, donde se puede ver que la producción se incrementa. Si lo comparamos con las producciones de otros hospitales, podremos observar que también es superior, tanto en el número de consultas externas como de cirugías. Si analizamos el número de cirugías, nos encontramos que en el Hospital Universitario el 80% o 90% de las cirugías son de alta complejidad. Las cirugías generales o procedimientos sencillos representan el 10%, mientras que en otros hospitales son alrededor del 50%. Por lo tanto, nuestros gastos de funcionamiento muchas veces son superiores debido a que realizamos procedimientos más complejos o que han sido definidos como referencia en el Hospital Universitario.

Nosotros queremos plantear las dificultades de integración que hoy tenemos con ASSE, que se deben a una fragmentación del sistema -que es real-, que debemos abordar en conjunto. Esa fragmentación lleva a que ASSE funcione de forma diferente a nosotros y a que los usuarios no sean considerados como de ASSE. Como ustedes saben, nuestra principal fuente de financiación es el presupuesto universitario. También tenemos recursos extrapresupuestales, que el Hospital genera a través de diferentes procedimientos; los más fuertes son los IMAE, que están en el Hospital. Asimismo, tenemos un convenio con ASSE por el cual recibimos $ 70.000.000 anuales, que se reajusta en función de la producción, y hoy en día representan $ 104.000.000. Por ese convenio -a través de un artículo específico- en la ley de presupuesto se propuso la asignación de $ 50.000.000 en 2016 y $ 50.000.000 en 2017, en el marco de un nuevo convenio entre el Hospital de Clínicas, ASSE, Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas. Eso no lo hemos podido efectivizar. Me parece importante destacarlo porque existe un convenio vigente por el cual tenemos

$ 100.000.000 para gastos de funcionamiento y con la ley presupuestal teníamos la posibilidad de una ampliación a $ 200.000.000 para el 2017. Serían $ 100.000.000 que nos daría cierto respiro. Trabajamos arduamente con ASSE para que se firmara el convenio. Logramos avanzar en muchos acuerdos, en la regionalización. Si bien no era una georreferencia, se regionalizaban áreas importantes, por ejemplo, neurocirugía, urología y otros servicios que estábamos tratando de compartir. No hemos firmado el convenio y, recientemente, hemos hecho la apertura del viejo convenio para recibir los $ 100.000.000. Teniendo en cuenta cómo se han dado los tiempos, creemos que para 2016 aún no lo lograremos. Hemos enviado nota al Ministerio de Salud Pública -que era quien estaba coordinando estas reuniones-, pero no tenemos claro por qué no se ha firmado el convenio. Habíamos avanzado con ASSE en una propuesta de convenio. Nos parece importante efectivizarlo; todos debemos saber que este dinero no está llegando al Hospital, y para nosotros era muy importante, al igual que el que entró a través de Rentas Generales por la Universidad de la República, que implicó un incremento de $ 50.000.000. Este es otro aspecto importante que debemos destacar al momento de la integración y cómo lo estamos haciendo. En este último año, la integración con ASSE ha tenido mayores dificultades; tenemos que trabajar para solucionar eso. Desde el Ministerio de Salud Pública tendremos que impulsar la integración para brindar una mejor asistencia a todos los usuarios de ASSE, que es la mayoría de la gente que atendemos.

No debemos olvidar que en el Hospital de Clínicas se forman la mayor parte de los recursos humanos que luego están a disposición de todo el país, tanto en el área pública como privada. Entendemos que es importante señalar esto para que busquemos una vía que nos permita avanzar en este tema.

SEÑOR LEMA (Martín).- Les agradecemos por la presencia y valoramos mucho la rápida respuesta a nuestra invitación para venir a hablar sobre la reforma del Hospital de Clínicas.

En la convocatoria plantemos la reforma edilicia y también el funcionamiento. Hace poco que he asumido esta tarea y cada día aprendo cosas nuevas sobre salud. Muchas veces se habla del Hospital de Clínicas pero, lamentablemente, no se efectiviza una reforma que pueda complacer a esa gran cantidad de usuarios y aportar al sistema de salud en general.

Me ha parecido muy precisa la intervención realizada por la directora del Hospital. Además, hizo referencia a algunas de las preguntas que queríamos formular. Sin un sistema claro de financiación es muy difícil que se sepa cuándo y cómo se van a cumplir esas etapas tan bien intencionadas que señalaba el rector.

Tengo aquí el convenio firmado en 2010 al que hacía alusión la señora directora. Llegamos a este convenio a partir de una visita al Hospital de Clínicas en la cual obtuvimos el proyecto de la reforma, en el que dice que se proyecta un nuevo convenio con ASSE. Entonces, nos fijamos si había un convenio previo al que se está proyectando y localizamos el que tenemos en nuestro poder del año 2010, y el séptimo punto refiere al financiamiento.

Una de las preguntas que tenemos es cómo creen que se está cumpliendo el convenio o si, en definitiva, prácticamente no se ha cumplido. Asimismo, quisiéramos saber si los $ 70.000.000 anuales son transferidos por ASSE como corresponde.

Por otro lado, teniendo en cuenta que se creó una comisión de seguimiento para ver cómo se estaba llevando a cabo el convenio, ¿cómo ha resultado su trabajo? Eso tiene que ver con la coordinación asistencial entre ASSE y el Hospital de Clínicas.

Todos sabemos que el tema de la financiación es importante porque podemos tener las mejores ideas, pero si no podemos llevarlas a la práctica, solo quedan en eso.

También quisiéramos saber más sobre la reunión que tuvieron con el presidente de la República sobre las formas de financiación. Quedó claro que el tema de las PPP quedaría descartado. Nosotros estudiamos el artículo 3º de la ley, relativo a la participación público privada, para ver si aplicaba en el régimen sanitario y hasta dónde, porque se permite la obra pero no la gestión posterior. Nos gustaría saber si desde el Poder Ejecutivo se planteó alguna iniciativa. Hay que tener en cuenta que el día 29 de setiembre de 2014 la fuerza política que ganó las elecciones asumió un compromiso público; se hizo una conferencia de prensa en la que se planteó la reforma del Clínicas. Indagué un poco a qué se hacía alusión en ese momento y, obviamente, se hablaba de reconvertir el Hospital de Clínicas, que era una promesa de la campaña electoral que Vázquez

trasladó al programa del Frente Amplio. También se decía que la readecuación del Hospital de Clínicas se basa en nuevo plan presupuestal. Eso se anunciaba, reitero, el 29 de setiembre del año 2014. Sin embargo, si uno analiza lo que pasó con la ley de presupuesto, no encuentra nada con respecto a este tema. Entonces, ahí hay una parte del escenario que no conocemos.

Nos inquieta saber de qué forma prevé el Poder Ejecutivo financiar este tipo de promesas que se dieron en la campaña electoral y que ustedes, como responsables del hospital universitario, están preocupados.

Reitero que queremos saber cuánto más se avanzó sobre esa financiación que es la que, en definitiva, hará viable un proyecto de estas características.

Por otra parte, de la lectura del proyecto de reforma se desprende que se considera prioritaria la obra en el sector de cuidados moderados; y cuando seguimos leyendo vemos que el ala este estaría pronta en 2021 y el ala oeste en 2019. La pregunta que formulamos entonces es: ¿cómo se va a sostener la atención hasta esos años?

El proyecto aprobado el 28 de marzo habla del deterioro de la planta física actual, de los problemas que existen, del caos circulatorio y del incumplimiento de las normativas del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en varios sectores. Ya que el plan demora tanto, ¿existe un plan de emergencia para el corto plazo?

SEÑOR MARKARIAN (Roberto).- La reunión con el presidente de la República fue cordial y contó con la presencia de los Ministros de Salud Pública y de Economía y Finanzas. Hicimos una exposición parecida a esta, el señor presidente formuló una serie de preguntas muy técnicas y diría que manifestó su satisfacción con una propuesta que modifica no solo la parte edilicia sino la parte organizativa. Posteriormente a ese intercambio que ocupó un tercio de la reunión -que duró una hora y media; fue extensa para ser de esa jerarquía-, habló el Ministro de Economía y Finanzas, describiendo la situación económica nacional, las dificultades en la región y en el mundo, el descenso de las exportaciones y un montón de datos técnicos, y se refirió a la posibilidad de que el Estado mantenga la promesa que se había hecho en cuanto a la firme decisión de invertir en proyectos semejantes a este. Digo semejantes porque hay otros, inclusive, el de un equipo de consultores que contrató el Poder Ejecutivo que a los efectos del funcionamiento también va dirigido a la mejoría del trabajo.

El señor ministro manifestó las dificultades para invertir con dinero contante y sonante o a pagar en pocos años e insistió mucho en que cualquier pago tendría que ser postergado y que según la actual legislación nacional la forma PPP era la más accesible; eso lo dijo claramente.

En esa reunión el profesor Henry Cohen y el resto de la delegación volcaron sus aportes.

La posición universitaria no es de negativa al sistema de PPP sino que trata de dejar abiertas las puertas a otras posibilidades distintas. Reitero que no es una negativa sino que significa que queremos seguir discutiendo otras formas; algunas las vamos a presentar en esta semana o la próxima al Poder Ejecutivo. Las estamos elaborando porque es una propuesta refinada, no se trata solo de pedir dinero; se debe establecer cuándo se empieza y cuándo se termina de pagar; es una propuesta alternativa al sistema de PPP. Teníamos marcada una reunión con la delegación del BID que no se concretó porque el responsable del banco estaba enfermo. Conversamos con Enrique Iglesias sobre el asunto cuando estuvo en el país la semana pasada. También tuvimos una reunión con el Banco República para analizar este asunto y no sé en qué medida la renuncia de su presidente puede influir en esto; el expresidente Porteiro nos dijo que nos entrevistáramos con el gerente de empresas porque es quien analiza las grandes inversiones en empresas.

Hay un vencimiento de un llamado a inversiones del Banco que cierra el 31 de mayo; está en la prensa, ya se conoce. Vamos a analizar las opciones y si todas fueran negadas por el Poder Ejecutivo que es el que ha decidido invertir en esto, analizaremos la que ellos proponen como más viable. Reitero que la actitud no es de negativa sino de apertura. También tenemos claro que no vamos a decidir en diciembre sino en mayo o junio. Esa es mi postura personal y creo que el Consejo está de acuerdo en que esto no se puede postergar. Hemos trabajado con buen ritmo y creo que podemos lograrlo. La postura del Poder Ejecutivo es que ellos también quieren tomar una decisión porque ni siquiera el sistema de PPP se mantiene abierto por toda la eternidad;

tiene su ritmo y hay otras inversiones del Estado importantes tanto en materia de salud como en otras áreas sociales. Ahora tenemos las complicaciones derivadas por el clima y se ha agravado un poco la situación.

Esa fue la entrevista y la posición universitaria ya la he descripto con total precisión. Soy muy cuidadoso porque yo mismo tengo diferencias con la posición que tomó el Consejo Central por lo que cuando quiero expresar la posición de la institución me cuido mucho de ser preciso. Y estos ritmos, los plazos y las fechas que fuimos bastante precisos en señalar, tienen que ver con toda esa situación.

A pesar de esa diferencia que tuve, estoy muy contento por la sana reacción que ha tenido la institución en todos sus órdenes, los cuerpos relacionados directamente con la salud y demás, por el compromiso del resto de la institución en avanzar exactamente en el sentido que acabo de explicar.

Como hay una pregunta que tiene que ver con el ahora y con las obras, voy a ceder la palabra a la doctora Ballesté a fin de que explique cuáles son los planes de contingencia que ya estamos aplicando. Yo podría intentar explicarlos, pero estando ella presente es mejor que lo haga ella.

SEÑORA BALLESTÉ (Raquel).- Con respecto a la pregunta de qué se está haciendo ahora y de la urgencia de las áreas de cuidado moderado que fue lo más relegado en inversión, por decirlo de alguna forma, hoy tenemos hospitalizados a los pacientes en seis pisos: tres corresponden a clínicas médicas y tres a clínicas quirúrgicas. Lo que estamos planteando ahora es hacer una compactación de ese espacio físico, reubicando y compactando como la propuesta que se ha planteado a largo plazo con la reforma en forma progresiva. O sea que lo que estamos planteando ahora es ya empezar a compactar e interrelacionar a los diferentes servicios. Entonces, se está planteando que de tres pisos de clínicas médicas quedarán dos pisos asignados y dos pisos para clínicas quirúrgicas. Esto sería en primera instancia. ¿Por qué necesitamos compactar? Porque para mejorar parcialmente la planta física en esos sectores asistenciales, el dinero que tenemos es finito y, por lo tanto, debemos disminuir el metraje cuadrado para poder hacerlo.

En este momento, estamos trabajando en tres pisos del hospital en donde se está realizando un plan de contingencia y mejorando la estructura edilicia de la sala de hospitalización. Se ha trabajado con apartados y sala general, que es el esquema clásico que tenemos, que ahora se están mejorando las condiciones. También se está boxeando, cumpliendo con los mínimos requisitos asistenciales y que cada paciente tenga una mínima calidad asistencial. Entonces, se está compartimentando, pintando y dando una estructura que mejora. Realmente, creo que está quedando mucho más cálido. Si bien tiene algunos problemas, intentamos solucionarlos. Cabe destacar que en una sala general vamos a contar con ocho pacientes que compartirán tres baños; esto va a seguir existiendo pero intentamos que estos estén en condiciones adecuadas al igual que las salas, es decir, que estén separados, que tengan una enfermería digna, una sucia y otra limpia adecuadas.

Además, estamos generando algún apartado más con la incorporación de un baño para discapacitado en cada uno de esos módulos. Esto se está haciendo hoy, y esperamos tener finalizada la primera etapa en julio de este año y, la segunda, en diciembre. Con ello tendremos un área de hospitalización de cuidados moderados bastante más digna que es la que hospitalizaríamos en el momento en que se realice la obra de cuidados moderados en el ala oeste. Esa área quedaría en condiciones mínimamente de calidad adecuada para la asistencia, por lo que estamos concentrando en el ala este y, de esa forma, podríamos tener hospitalizados allí a los pacientes con una mejor calidad asistencial hasta que se desarrollen completamente todos los pisos. Para ello estamos considerando algunos de estos pisos que se están modificando que van a ser los pisos futuros que también se están modificando en su estructura. Este es un ejemplo de un plan de contingencia en lo que es planta física.

Cabe señalar que el dinero que tuvimos para este año en la apertura presupuestal fue de $ 40.000.000. Eso es lo que tenemos para hacer mantenimiento o inversiones en el Hospital de Clínicas. Hoy no tenemos otra fuente de inversión. En la ley presupuestal no se incluyó lo que refiere a la planta física porque, teóricamente, iba a haber una reestructura que es la que estamos tratando y la financiación sería por otro lado. Quiere decir que lo que estamos utilizando para este plan de contingencia son esos $ 40.000.000.

En cuanto al tema de circulación, también hemos abordado algunos aspectos a fin de mejorar la circulación dentro del hospital con los mismos recursos que hoy tenemos. En eso estamos trabajando y la propuesta es muy sencilla que trata de generar algún acceso específico por algunos sectores y diferenciar los ascensores,

fundamentalmente las entradas a fin de mejorar la circulación. Como todo es vertical y el área de ascensores centrales conduce a todos los pisos, no se va a mejorar completamente sino que paliaría la situación de alguna forma. Tampoco tenemos dinero para invertir en otros aspectos en cuanto a la circulación exterior que se necesitaría.

Luego, desde el punto de vista funcional estrictamente, también estamos trabajando en algunos aspectos relacionados con cambios específicos que involucran a la Administración, a la gestión. Esto significa que estamos siendo mucho más activos en el contralor de todos los funcionarios docentes y no docentes, estamos siendo más activos, por decirlo de alguna forma, en las sanciones cuando se requiere como tal y estamos siendo mucho más activos en la renovación o no de interinatos, etcétera. Es decir, estamos incorporando algunas políticas en recursos humanos que hasta ahora no se habían incorporado que nuestra ordenanza lo habilita a hacer como tal, tratando de ser un poco menos burocráticos en comparación con lo que habíamos tenido hasta ahora dentro del hospital universitario. Nos hemos planteado lo que dijo hace un rato el Rector en cuanto a que el manejo del hospital universitario debe ser diferente al de otros lugares universitarios. No podemos pensar que porque tenemos un día feriado, en otros lugares se cierra pero el hospital no, sigue funcionando. Por lo tanto, debemos tener planificado qué vamos a hacer, por ejemplo, con todos esos beneficios universitarios que tenemos porque en el hospital se podrá aplicar el beneficio pero hay que buscar una medida alternativa en el momento para que pueda seguir funcionando. Estamos trabajando en este aspecto y tratando de cambiar muchísimas condicionantes que estaban dadas hasta ahora. Ya se están viendo algunos cambios y esperamos que otros se empiecen a ver a la brevedad posible porque el objetivo es generar cambios en todos los espacios: un poco en la planta física, en lo funcional y en lo general que involucra al Consejo de nuestra propia facultad.

Con respecto al convenio, voy a ceder el uso de la palabra al Decano de la facultad. De acuerdo al convenio que está vigente de 2010, cabe señalar que la transferencia de dinero se ha ejecutado anualmente, en cada uno de los años se hicieron los ajustes correspondientes, con lo que podemos decir que la comisión de seguimiento ha funcionado. Lo que ella hace, fundamentalmente, es evaluar si se habilita o no la transferencia de dinero o actúa cuando surge algún problema puntual. Eso ha funcionado así hasta ahora y, de hecho, actualmente se solicitó nuevamente ese convenio que es el que está vigente. Lo que no hemos podido hacer es modificar dicho convenio para hacer uno macro que incorporara lo que establece la nueva ley presupuestal. El que está vigente sigue vigente y la transferencia se ha hecho rigurosamente, por decirlo de alguna forma.

SEÑORA PRESIDENTA.- Dado que a la hora 16 está convocada la sesión ordinaria de la Cámara de Representantes, vamos a pasar a intermedio ya que necesitamos pedir autorización para seguir sesionando como comisión.

Se va a votar si se pasa a intermedio.

(Se vota)

——Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se pasa a intermedio.

(Es la hora 16)

——Continúa la sesión.

(Es la hora 16 y 28)

SEÑOR TOMASINA (Fernando).- Quisiera profundizar en algún aspecto del convenio firmado en 2010, que fue muy importante a la hora de complementar el presupuesto de funcionamiento del Hospital.

Históricamente, los meses de setiembre y octubre eran muy complicados para el Hospital, básicamente, porque nos quedábamos sin crédito para insumos de material médico quirúrgico. Si leemos la prensa de años anteriores a 2010, podremos constatar que sistemáticamente había un desabastecimiento de material médico

quirúrgico. Eso fue comprendido, y en su momento se negoció directamente con el Ministerio de Salud Pública, y se acordó una partida de $ 70.000.000, pero sujeta al cumplimiento de indicadores de producción.

Como Universidad, estamos de acuerdo con que el dinero tiene que venir y darle un buen uso. La forma del seguimiento implicaba cumplir una serie de metas asistenciales que estaban fijadas en el convenio. Básicamente, se trata de indicadores que tienen que ver con el número de cirugías, de internación en CTI, de cuidados intermedios y número de consultas de emergencias. Esos indicadores fueron creciendo -es decir, la producción como tal del hospital-, y justificó el ajuste que mencionaba la directora, doctora Raquel Ballesté. Quien determinaba que estábamos cumpliendo y que además justificaba un ajuste era la Comisión de Seguimiento.

Entendemos que ese convenio cumplió una función importante -y lo sigue haciendo; de hecho, hasta ahora es el que está vigente- desde el punto de vista del gasto de funcionamiento para permitir completar la asistencia de internación.

Hay otros aspectos que tenemos que seguir profundizando y trabajando que tienen que ver con el paciente y su vinculación a otros niveles y a la continuidad de la medicación, en particular. Ese es un aspecto que nos preocupa y que deberíamos seguir profundizando.

El nuevo convenio que está vinculado con la ley de Rendición de Cuentas, aprobada el año pasado, incorpora las partidas de 2016 y 2017, las profundiza y dota de más recursos al Hospital. Sería fundamental en este momento ir procesando esto. Además, hemos observado que existe, sobre todo en los períodos invernales, donde hay una demanda superior, por ejemplo de camas de CTI o de cuidados intermedios, la necesidad de contratar personal temporal, no propio de la plantilla. Muchas veces tenemos la disponibilidad de la cama, pero no está dotada porque no se cuenta con el recurso humano que la acompañe. La propuesta que en definitiva se aprobó en el presupuesto 2015 permitiría a partir de un acuerdo con ASSE que haya un porcentaje, no mayor a 25% de ese crédito, para la contratación de personal. Me refiero a auxiliares de servicio, de enfermería y, eventualmente, algún médico, tecnólogo o licenciado, para dotar esas camas extraordinarias en algún período invernal.

Realmente, necesitamos avanzar en ese tema. El hospital está funcionando y la obra está pensada para que continúe funcionando. Precisamente, el cronograma que presentaba el señor rector contempla el mantenimiento de las funciones del hospital. Hoy, más allá de las dificultades de integración de la que hablábamos, es un efector y un actor importante en el sistema en su conjunto.

SEÑOR LEMA (Martín).- Quisiera hacer algunas preguntas para tener un panorama lo más completo posible.

Podemos afirmar que algunos pisos del hospital están funcionando bien. Tuvimos la oportunidad de visitar el 4º piso, donde está ubicada la Clínica de Gastroenterología, dirigida por el doctor Henry Cohen, y nos llevamos una muy buena impresión. Lo mismo puedo decir del 2º piso, donde está Cardiología, que ha tenido grandes avances, y es bueno destacarlo.

Nos han quedado algunas dudas con respecto al proyecto de reforma. En el documento de reforma se hace referencia a que la población rondaría los 150.000 usuarios y que se deberá disponer de 400 camas. Me gustaría saber en función de qué elementos se hicieron estas previsiones.

Por otra parte, quisiéramos saber si en algún momento se discutió sobre la inserción al Sistema Nacional Integrado de Salud; es decir, si se va a incluir por parte del Hospital de Clínicas el primer nivel de atención.

En cuanto a los recursos humanos, nos gustaría saber qué tipo de reestructura se prevé para su reforma, porque no nos quedó claro el concepto cuando lo leímos.

Por ahora, es lo que quería saber.

SEÑOR TOMASINA (Fernando).- En relación a los recursos humanos, creemos que tenemos que profundizar el carácter universitario del hospital en todos los estamentos. Quiere decir que también los escalafones técnicos, profesionales, que no son docentes, deberían estar progresivamente

transformándose en cargos docentes. ¿Por qué planteamos esto? Porque el cargo docente en la Facultad de Medicina es docente asistencial, y aumentaría la capacidad de la plataforma docente para formar, en particular, a algunos de los técnicos y profesionales que hoy son muy necesarios para el sistema de salud en su conjunto. Me refiero a técnicos o licenciados en imagenología, que hoy son cargos no docentes. Estamos perdiendo la oportunidad de hacer uso de esos recursos adecuadamente para, por ejemplo, eliminar progresivamente -como es política de la Universidad en su conjunto- los cupos existentes en la Escuela de Tecnología Médica, que es una escuela dependiente de la Facultad de Medicina y que tiene dieciocho carreras de grado. Nosotros queremos que los recursos humanos del hospital vayan paulatinamente profundizando su carácter docente, universitario, y que se generen mayores capacidades para su formación. Esto involucra a otras facultades de la Universidad en el área de salud, por ejemplo, la Facultad de Enfermería. Hoy, los cargos de enfermería no son cargos docentes asistenciales, son cargos asistenciales; es decir, cargos técnicos solamente, funcionarios no docentes. Esto es algo que hemos planteado fuertemente en los distintos lugares de la Universidad y creemos que atiende al rol esencial que cumple hoy nuestro hospital universitario, y que podría cumplir con mayor capacitad en el futuro. Aunque no le compete propiamente a la Universidad, esto abriría un espacio para otros sectores de enseñanza, por ejemplo, a la formación técnica en áreas que no son estrictamente de salud, y el hospital sería también un espacio de formación. Eso es algo que escapa a nuestro rol como Universidad y a la Facultad en particular, pero es algo que creemos posible.

Con respecto a los 150.000 usuarios, quiero señalar que están relacionados al segundo y tercer nivel de atención. El hospital está concebido en esa lógica de un hospital de complejidad, pero sigue siendo un hospital general con centros de alta tecnologías, como el Centro Cardiovascular, el área de nefrología, el Cenaque, el área de transplante renopancreático, la Clínica de Gastroenterología, con técnicas diagnósticas de punta. La idea es que esté abierto al sistema, a toda la población del país en la medida en que sea de referencia nacional y un centro de desarrollo, que por nuestras características demográficas justifica la concentración de esos recursos y no su multiplicación. Es decir, que allí se atienda a la población general del país en la medida en que sean asignados como centros estratégicos de alta tecnología.

Como decía, los 150.000 habitantes de referencia están relacionados al segundo y tercer nivel de atención. Por lo tanto, es necesario superar el modelo de hospital abierto que no permite la planificación adecuada de la demanda. Eso está atado directamente a planificar en una forma técnica y científica adecuada los recursos necesarios para su asistencia

El número de camas ronda las 300, 400, para 150.000 pacientes que las usan habitualmente en el área metropolitana, básicamente, en Montevideo y área este. Y en la zona que se extiende desde Ciudad de la Costa hasta Maldonado se aplica un segundo y tercer nivel de atención. Eso es lo que básicamente ese estimó.

Nosotros tenemos que seguir avanzando en la coordinación de la red y, en particular, en la integración de la red de efectores públicos. La referencia y la contrarreferencia tienen que estar muy claras. En el hospital no pensamos en que se incorpore un primer nivel de atención, pero sí que tiene que existir un primer nivel de atención de referencia y contrarreferencia. ¿A qué me refiero con esto? A que aquellos profesionales que trabajan en un primer nivel de atención deben tener claro hacia dónde derivar ese usuario, y los médicos y profesionales que actúan en el segundo y tercer nivel de atención del hospital, dónde deben contrarreferirlos para dar continuidad a la asistencia. En ese sentido, creemos que debemos articular mucho más el proceso de elaboración del proyecto del hospital. Se habló de georreferencia, pero luego vimos que había ciertas dificultades para aplicar esta técnica y, por tanto, avanzamos hacia un modelo no tan delimitado de la población. Consideramos necesaria una asignación para el segundo y el tercer nivel de atención, así como también una referencia y una contrarreferencia claras con un primer nivel de atención en las áreas geográficas determinadas por el efector que, como dije al inicio, es ASSE, que es nuestro socio natural en la medida en que se trata de usuarios de ASSE. Tenemos que aumentar esa articulación.

En cuanto a los centros de referencia -por ejemplo el cardiovascular-, apostamos a que estas prestaciones que entran en el paquete financiado por el Fondo Nacional de Recursos sean universales para el sistema en su conjunto. Lo mismo sucede en cuanto a la cirugía de epilepsia, transplante renopancreático y el transplante renal de donante vivo, que son desarrollos propios y no justifican la existencia de más centros.

Tampoco pretendemos desarrollar lo que ya está desarrollado, por ejemplo, en el área hemato- oncológica en el hospital Maciel. Lo que pretendemos como Facultad de Medicina es tener espacio para la formación de recursos en esos lugares, pero no hacer esos desarrollos en el hospital. Me parece que debemos avanzar no en la competencia sino en la complementación; en esa lógica está planteado el proyecto.

SEÑOR LEMA (Martín).- Está muy bueno este ida y vuelta de opiniones. Debo ser franco: había trascendido la posibilidad de obtener la financiación a través de la PPP y, por eso, queríamos saber si era así, de primera mano. Hace un rato, el rector nos decía que no descartaba, que se estaba abierto y que se querían ver las diferentes formas de financiar. El tema es que nosotros tenemos la obligación de advertir que, en el caso de que no aparezca otra opción, hay que ser muy cuidadosos en la elaboración del pliego y al establecer las condiciones de la PPP. Lo que se establezca en el pliego va a determinar la posibilidad de que sea un proyecto viable y exitoso o un fracaso.

Debo hacer esta advertencia en virtud de la preocupación que existe y el consenso que han generado sobre la plataforma sustancial. Hay pocas experiencias en nuestro país con respecto a la PPP. Hay algunas a nivel internacional, de las cuales algunas han sido positivas y otras nefastas. Aparte, estamos hablando de una inversión por un monto bastante elevado. Hay que ver cómo se incentiva a un privado y cómo este cumple después, porque si luego de la adjudicación se le ocurre redefinir algunos términos, se rescinde el contrato y se cambia el rumbo, o se sigue condenado a trabajar con un privado que puede demorar un montón de tiempo y vaya a saber de qué forma lo hará.

Comparto que hay que estar abierto a todas las posibilidades. Como herramienta puede ser bien o mal usada. Sabemos que en algunos ámbitos ha tenido rechazo la propuesta de usar la PPP; inclusive, se hablaba de la autonomía de la Universidad como un argumento al respecto. Como miembro de esta comisión, me gustaría estar al tanto de los avances, porque una financiación de estas características y a través de esta modalidad, puede ser una herramienta positiva, que permita acercarnos a un fin, pero si no se hace bien, si el pliego no es claro y las condiciones no son quirúrgicas, se corre el riesgo de tener un final bastante complejo en una situación que está mal en algunos aspectos.

Hemos leído la ley. Nos hemos interiorizado y, en realidad, el tema sanitario es un capítulo aparte, porque se hace una excepción. Después, admite la participación público privada para obras. Habría que tener bien claro cuáles van a ser los términos. No me quería quedar con las ganas de trasmitirles mis preocupaciones y de más está decirles que estoy a las órdenes para intercambiar sobre este punto.

SEÑOR MIER (Edgardo).- Les agradezco por la gentileza de haber acudido tan rápidamente y durante tanto rato. Les pido disculpas por ocupar su valioso tiempo con un mecanismo de funcionamiento que nos impide permanecer en sala cuando sesiona la Cámara.

No puedo desaprovechar la presencia de ustedes como autoridades para expresar una preocupación sobre una realidad que vivimos en el interior y en todo el país. Estoy jubilado como médico pero tuve la chance de ocupar algunos cargos de mucha responsabilidad. Vengo diciendo desde hace tiempo y en muchos ámbitos que me preocupa mucho la situación del Hospital de Clínicas, en su rol protagónico como efector de salud y, sobre todo, como formador de recursos humanos médicos y no médicos de este país. Hoy estamos asistiendo a la triste realidad -hablo de la parte médica, que es lo que más me motiva, pero sucede lo mismo con los no médicos- de que carecemos de una gran cantidad de especialidades, sobre todo en el interior, siendo dramático al norte del Río Negro. Nos faltan sobre todo especialistas médico- quirúrgicos y algunas especialidades médicas. No estoy achacando responsabilidades; seguramente, fuimos todos responsables de no prever lo que nos iba a pasar.

Me preocupa muchísimo ese aspecto del Hospital de Clínicas, porque me parece que históricamente va a tener que seguir en esa dualidad de ser un centro de referencia muy importante para nuestros hospitales del interior en la alta complejidad y, al mismo tiempo, ser el lugar donde se forman los médicos de este país.

Solo quiero agregar que estamos a las órdenes para ayudar y aportar en lo que consideren posible.

SEÑOR MARKARIAN (Roberto).- Agradezco el apoyo que recibimos en este proceso que estamos llevando adelante, al cual hemos dedicado esfuerzos, un poco de dinero y ganas de concretarlo.

Para aclarar la cuestión de la financiación, voy a leer parte de la resolución del Consejo Directivo Central de 22 de diciembre del año pasado. Dice: “Que la modalidad de participación público- privada no genera en este momento el consenso suficiente para llevar adelante un emprendimiento de semejante porte”. Eso dice entre los considerandos. Entre los resuelves, dice: “Determinar que el proyecto de refuncionalización del Hospital de Clínicas debe ser diseñado independientemente del mecanismo de financiación y que asimismo la forma de financiación no deberá supeditar ningún interés económico por sobre las necesidades académico-asistenciales”.

Está claro que ahora estamos en esta etapa, haciendo un proyecto propio, etcétera.

La resolución sigue: “Encomendar a la Facultad de Medicina y a los Equipos Técnicos de la Universidad a completar el proyecto de refuncionalización del Hospital de Clínicas […]”. Esto refiere a la resolución que les mencioné, que tomé alrededor del 28 de diciembre integrando un equipo técnico, con apoyo de la Facultad de Medicina, el Hospital de Clínicas y equipos centrales.

Otro de los resuelves dice: “Acelerar la búsqueda de alternativas de financiamiento en base a los lineamientos del proyecto de desarrollo del Hospital de Clínicas presentado por la Facultad de Medicina en el Consejo Directivo Central del 9 de junio pasado”. El desarrollo de esto es lo que acabamos de exponer.

También se resolvió: “A tales efectos crear un Comité por el Hospital de Clínicas […]” -que integramos los cuatro que estábamos hace un rato y dos más- y “Encomendar al Señor Rector la búsqueda y asignación de las partidas económicas que aseguren la conformación del apoyo técnico necesario para el cumplimiento de los numerales 3 y 4 de la presente resolución”.

Este es el plan de trabajo que estamos cumpliendo.

He dicho con mucha claridad que no sería el rector de la Universidad de la República si el Hospital de Clínicas no fuera dirigido por la gente que tengo a mis costados. Lo digo así de claro para quien dude de hasta dónde vamos a llegar en discutir una PPP o lo que fuera. El Hospital de Clínicas es el hospital de la Universidad de la República. Es un orgullo para la Universidad, a pesar de todos los defectos que nosotros mismos expresamos y consideramos que la formación del personal de salud del país tiene un gran soporte en esa institución. Por lo tanto, mantener los criterios de autonomía, de control por parte de la Facultad de Medicina, de permanencia de una dirección técnica como la que hemos resuelto recientemente, es el sustento de ese trabajo. Si tenemos que entrar en tratativas diversas para conseguir el dinero, vamos a hacerlo, porque achicándose y diciendo que no se quiere discutir con nadie no se va a ningún lado. Así que hemos resuelto aplicar una mezcla de principios muy férreamente establecidos y un pragmatismo razonable para cumplir con la gran tarea de mejorar el hospital. Tanto es así que la resolución que les acabo de leer no dice “aprobar el proyecto” sino aprobar las líneas generales del documento contenido -supongo que ustedes lo tienen en su poder- como proyecto base para realizar gestiones de financiación de la refuncionalización del hospital. Nosotros no queremos tener un proyecto para mostrar qué lindo que es. Queremos tener un proyecto para hacer gestiones de financiación. Yo creo que esa es la manera más clara de agradecerles la preocupación, que compartimos, y asegurarles que con el debido apoyo del gobierno nacional, en todos sus Poderes, esperamos llegar a buen término en este asunto.

SEÑOR TOMASINA (Fernando).- Quiero complementar la respuesta al señor diputado Mier. Hay una preocupación de la Universidad por trabajar globalmente en la descentralización y la creación de nuevos centros regionales.

En el caso particular de la Facultad de Medicina, estamos comprometidos a completar la carrera de medicina a corto plazo. Ese corto plazo puede ser, como máximo, dos años; es lo que pensamos y estamos trabajando para eso. Hoy, se pueden hacer los últimos tramos de la carrera de medicina -cuarto, quinto, sexto y séptimo, que es el internado en el nuevo plan que tiene un año menos- en Salto y Paysandú. A partir del año pasado, también se puede hacer el primer año, que es el Ciclo Inicial Optativo del Área Salud, con dos disciplinas optativas electivas que permiten la equivalencia en el primer año. Quiere decir que un chico de la región al norte del Río Negro -entiendo que es litoral y comprendo las dificultades del noreste del país, pero estamos avanzando en ese sentido- puede hacer el primer año y luego volver a completar cuarto, quinto, sexto y el internado, además de la residencia, puesto que hay varias que se pueden hacer perfectamente en el interior.

Estamos abocados a completar el segundo y el tercer año; estamos trabajando en ese sentido. Inclusive, el señor rector me ha encomendado, después de la visita a Paysandú y a Salto, profundizar esa posibilidad. Estamos muy cerca de lograrlo.

Otro aspecto es que en el litoral tenemos una presencia importante de la Escuela de Tecnología de la Facultad, con once carreras de grado completas y una carrera binacional, la de partera obstetra, que es con la Universidad de Entre Ríos. Es una carrera binacional que tiene habilitación tanto para Uruguay como para Argentina. Es algo particular, pero que también está allí, en el litoral.

El otro componente es que en el internado obligatorio, en el séptimo año, tienen una rotación de tres meses, quizás insuficiente, en el interior. Necesariamente todos los estudiantes tienen que pasar por el interior. En el nuevo plan de estudio que tiene un enfoque en la atención primaria a la salud, ellos tienen la necesidad de estar en lo que se llama el espacio comunitario y en el policlínico del primer nivel de atención en los primeros tres años. Empiezan con la clínica muy temprano: en el primer semestre del primer año tienen una introducción a las bases de la vida y a los determinantes de la salud, y en el segundo semestre ya están asignados a una comunidad y a una policlínica. Comienzan con destrezas clínicas iniciales. La mitad de la generación lo hace en zona metropolitana: Canelones y todo el santoral. Estamos hablando de cuatrocientos o quinientos estudiantes por año asignados durante tres años en Santa Rosa, San Ramón, San Bautista, Castellano -donde estuve de recorrida hace poco-, Pando, Canelones, San José, Ciudad del Plata, Florida, Paysandú, Salto -donde tenemos estudiantes instalados y otros que van y vienen- y Tacuarembó. Estamos haciendo un esfuerzo importante para que el estudiante se forme y trate de conocer la realidad de salud no limitada a la capital. Ese es uno de los temas a los que estamos abocados.

Tenemos algunas otras experiencias en Maldonado con el hemocentro. En Rocha estamos desarrollando la posibilidad de generar alguna tecnicatura necesaria en el área de la Escuela de Tecnología. Lo mismo ocurre con alguna otra experiencia en Río Negro con imagenología; allí se están formando imagenólogos, aparte de los de Salto y Paysandú.

Con respecto a los posgrados y residencias, la experiencia vinculada a la anestesiología, con la creación de la segunda cátedra de anestesiología para el área ASSE, ha sido muy importante. Esto fue a partir del Programa de Fortalecimiento y Formación de Recursos Humanos del Subsector Público, llamado UDAS, por Unidades Docentes Asistenciales, que ha permitido la creación de unidades docentes en varios lugares del interior. En el caso de anestesiología -además de los hospitales públicos, que no tenían las estructuras docentes generales de Montevideo-, tenemos en Florida, en Paysandú y Salto y en Rivera, lo que nos habilita a tener residentes, algunos con convenios con FEMI. Hemos empezado a desarrollar algunos convenios y algunos cargos financiados de FEMI en el interior por residencia.

La residencia de medicina familiar está extendida en varios departamentos del interior; también pediatría, ginecología, cirugía y anestesiología. Hay cargos de residentes de dermatología en el litoral. Estamos en esa tendencia.

En lo que compete a mi cátedra, medicina laboral, tenemos posgrados en varios departamentos y estamos en un sistema de tutores locales, como en Tacuarembó, que habilita a los estudiantes a hacer la práctica allí y venir menos a Montevideo. Estamos trabajando en esa lógica de descentralización. Esa es una preocupación real, porque sabemos que hace a la equidad en salud y a avanzar en ese sentido.

SEÑOR MIER (Edgardo).- Me consta lo que ha explicado el decano Tomasina. Uno viene de la época en que, por ejemplo, la cátedra de anestesiología decía: “Acá podemos recibir un solo posgrado; vamos a formar a uno solo”.

Hay muchos tecnólogos en radiología, casi todos en el litoral. Una vez hicimos un censo y vimos que todos los idóneos estaban en el centro y en el este del país, porque no había cómo formarlos. Me refiero a eso.

La centralización -los felicito porque sé que están peleando contra ella-, a mi juicio, dicho respetuosamente, atraviesa transversalmente a todo el país. Yo siempre tengo puesta la camiseta del interior, pero la centralización atraviesa a los partidos políticos, a la enseñanza, a todo, a pesar de ser un país tan pequeño. Por eso creo que vale la pena el esfuerzo y felicito al señor decano por ello.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia de la delegación y la muy buena disponibilidad que han tenido para evacuar las interrogantes que se le han planteado. Si en algún momento entienden que pueden traer información a esta Comisión con respecto a este tema puntual o a otros, sepan que tienen las puertas abiertas y que serán bienvenidos, porque el espíritu de esta Comisión es colaborar en la búsqueda de soluciones en todos los temas relacionados con la salud. Siempre encontrarán en esta Comisión buen diálogo y capacidad de relacionamiento. Quedan las puertas abiertas para tener en el futuro otro intercambio de este tipo que, en lo personal, considero muy fructífero.

Se levanta la reunión.